

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Piquiri, Cachoeira do  
Sul/RS**

**Alberto Luis Ochoa Gamboa**

**Pelotas, 2015**

**Alberto Luis Ochoa Gamboa**

**Qualificação da atenção à saúde do idoso na ESF Piquiri, Cachoeira do  
Sul/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Analu Sparrenberger Manéa

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G192q Gamboa, Alberto Luis Ochoa

Qualificação da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Piquiri,  
Cachoeira do Sul/RS / Alberto Luis Ochoa Gamboa; Analu  
Sparrenberger Manéa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da  
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de  
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Manéa, Analu Sparrenberger,  
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esta intervenção:

a Deus por sempre se mostrar presente em minha vida,  
a meus pais pelos valores e atenção a mim dedicados,  
a meus príncipes que são tudo para mim,  
a toda minha família pela motivação e estímulo recebidos,  
a meus avós maternos e paternos (in memoriam).

Sobre todo e muito em especial, aos idosos pela experiência de vida que nos ensinam a cada dia e nos fazem merecedores dos nossos cuidados.

## **Agradecimentos**

Agradeço:

A minha orientadora, Dra. Analu Sparrenberger Manéa, pelo respeito e compreensão,

À Universidade Federal de Pelotas, que nos acolheu desde o primeiro dia,

A equipe de saúde do Piquiri, por terem acreditado e dedicado momentos de conhecimento, alegria e descontração na execução desta intervenção.

A todos vocês, meu muito obrigado.

Que DEUS esteja sempre presente em suas vidas.

## Resumo

GAMBOA, Alberto Luis Ochoa. Qualificação da atenção à saúde do idoso na ESF Piquiri, Cachoeira do Sul/RS. 2015. 76. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A população mundial acima de 60 anos é de aproximadamente 650 milhões de pessoas. Estima-se que 10% da população brasileira têm mais de 60 anos, destes, 12% corresponde a pessoas muito idosas (acima de 80 anos) constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos. Para o ano 2025, Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, estima-se que seja cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. O presente volume trata-se de uma intervenção no serviço que tem como objetivo qualificar a atenção programática da saúde do idoso na ESF Piquiri, no município de Cachoeira do Sul/RS. O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas. Ao longo desse período, foram cadastrados 549 idosos, atingindo uma cobertura de 92,6%. Dentre as ações que atingiram 100% de qualidade destacam-se: Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, histórico de HAS e/ou DM com solicitação de exames complementares em dia, conhecemos se o idoso encontra-se acamado ou com problemas de locomoção. Foram avaliados também a necessidade de atendimento odontológico, a quantidade de idosos com registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice, da rede social. Receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física e cuidado de saúde bucal. Promoveu-se a padronização dos registros, com dados anotados na Ficha Espelho e na Planilha de Coleta de Dados. Estes instrumentos suprem as necessidades do profissional, frente à demanda das pessoas idosas, possibilitando uma escolha adequada a cada situação, colaborando para uma abordagem integral na área gerontológica. A maioria dos objetivos tiveram êxito, sendo que, o serviço de acolhimento e busca ativa, levaram ao acompanhamento de muitos usuários afastados da unidade, sendo possível a realização de diagnósticos precoce e prevenção de comorbidades.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.	51
Figura 2	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	52
Figura 3	Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.	53
Figura 4	Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.	54
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.	54
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.	55
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	56
Figura 8	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.	57
Figura 9	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.	58
Figura 10	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	59
Figura 11	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.	59
Figura 12	Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.	60
Figura 13	Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.	61
Figura 14	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	62
Figura 15	Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.	63
Figura 16	Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.	63
Figura 17	Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	64
Figura 18	Proporção de idosos que receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis.	65
Figura 19	Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.	66
Figura 20	Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.	67
Figura	Fotos com os usuários .	77-78
Figura	Foto com a equipe de saúde.	78

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS-	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária de Saúde
BR-	Brasil
CP -	Citopatológico
DM-	Diabetes Mellitus
Dra-	Doutora
EaD-	A Distancia
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
GM-	Gabinete Ministerial
HAS-	Hipertensão Arterial
HGT-	Hemoglicoteste
HIPERDIA-	Hipertensão/Diabetes
h-	Horas
IMC-	Índice de Massa Corporal
Km-	Quilômetro
Km2-	Quilômetro Quadrado
mmHg-	Milímetros de Mercúrio
MS-	Ministério da Saúde
NASF-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
No-	Número
PA-	Pressão Arterial
PNH -	Política Nacional de Humanização
RS-	Rio Grande do Sul
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
VD-	Visita Domiciliar
VDs-	Visita Domiciliais



1	Análise Situacional .....	9
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2	Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2	Análise Estratégica .....	19
2.1	Justificativa .....	19
2.2	Objetivos e metas .....	20
2.2.1	Objetivo geral .....	20
2.2.2	Objetivos específicos e metas .....	20
2.3	Metodologia .....	21
2.3.1	Detalhamento das ações .....	22
2.3.2	Indicadores .....	39
2.3.3	Logística .....	42
2.3.4	Cronograma.....	46
3	Relatório da Intervenção.....	48
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas.....	49
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	49
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	50
4	Avaliação da intervenção.....	51
4.1	Resultados.....	51
4.2	Discussão .....	61
4.3	Relatório da intervenção para gestores .....	65
4.4	Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
5	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
6	Referências .....	69
	Apêndices.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
	Anexos	71

## **Apresentação**

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de qualificar a atenção aos usuários idosos, na ESF Piriqui, no município Cachoeira do Sul – RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, sequenciais e interligadas. A Análise Situacional será apresentada no primeiro capítulo, com a descrição do município no qual a ESF está localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município.

No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um Projeto de Intervenção, com a descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, com a descrição dos facilitadores e das dificuldades encontradas para concretização das atividades propostas. No quarto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da intervenção, juntamente com a discussão e os relatórios para o gestor e comunidade. Na quinta parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A Unidade de Saúde da Família - ESF número 6, é conhecida popularmente como Piriqui, encontra-se localizada no interior do município de Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, a 30 km da cidade. Na ESF oferecemos atendimentos à saúde para uma população de aproximadamente 5.000 pessoas (o que está por cima do recomendado para um equipe de saúde). Comecei a trabalhar, no mês de Janeiro e a unidade não era ainda estratégia de saúde da família e encontra-se em remodelação porque não foi construída para estes fins, ainda não contém uma estrutura típica de uma ESF.

Sua estrutura tem a seguinte distribuição: uma sala de espera pequena com capacidade aproximada para 10 pessoas; um banheiro de pacientes que fica na parte de fora da unidade, não tem banheiro para os funcionários nem para pessoas com limitações físicas (encontram-se em construção); uma sala para consulta médica, que não cumpre com conforto e iluminação e não tem banheiro dentro; também conta com uma sala para consulta odontológica, uma sala de curativos que não têm as melhores condições, que temos que usar para a recepção dos pacientes e como farmácia (por todo isso não têm condições para fazer os curativos); tem uma sala para consulta de enfermagem onde se fazem as coletas de CP e a enfermeira oferece consultas.

Não tem sala para reuniões, sala para vacina, nem sala para nebulização, também não têm cozinha, não tem sala para recepção dos pacientes. No futuro a unidade vai ter sala de reunião, sala de acolhimento e procedimentos de enfermagem, dois banheiros para pacientes com limitações físicas e também uma sala de vacinação. Neste momento estamos trabalhando na unidade com: 1 Médico Especialista em Medicina Familiar, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 enfermeira, 5 agentes comunitários. Para completar a Equipe Básica de Saúde faltam: 1 técnico de farmácia, 1 administrativo, 4 agentes comunitários, 1 técnica em odontologia e 1 faxineira (porque só contamos com limpeza da unidade só uma vez na semana). Os atendimentos são feitos por agendamentos, de urgências (as pessoas são atendidas de forma integral, olhando para ele como ser biopsicossocial, procurando na família e comunidade o apoio para prevenir e tratar determinadas doenças, também para reabilitar outras) e uma vez na semana fazemos visita

domiciliar, a qual é planejada; as quartas feiras temos a reunião de equipe básica de saúde, onde se planeja todo o trabalho da próxima semana.

Temos comunidades que ficam muito longe de nossa Unidade de estratégia da saúde da família. Atendemos uma população rural, sendo a maioria das pessoas carentes e distribuídas em bairros e assentamentos populacionais, incluindo uma comunidade indígena e outra quilombola. Como temos comunidades que ficam muito longe, ainda temos muitas dificuldades para fazer o trabalho de prevenção e educação com as comunidades, sendo que quando fazemos visita domiciliar a nossos usuários também fazemos atividades de prevenção e educação para a saúde, pesquisa de algumas doenças como: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, também os agentes comunitários fazem um trabalho preventivo dentro de suas comunidades onde moram e trabalham porque eles conhecem sua população e seus problemas fundamentais, não só de saúde, também os fatores ambientais, problemas sociais, econômicos que influem sobre a mesma. Para garantir os atendimentos de nossos usuários temos prontuários onde fazemos uma avaliação continua e temos um melhor acompanhamento de suas doenças. Quando são encaminhados para outras especialidades e são avaliados, voltam para nossa ESF, ainda temos problemas com a contra-referência e com o tempo que tem que aguardar pelos atendimentos dessas especialidades.

Os exames laboratoriais são realizados mediante contratos feitos pela secretaria de saúde com laboratórios particulares, o que representa uma limitação do número de exames para o médico e a enfermeira, deixando então os exames só para os casos muito precisos e não para todos os casos que requerem de avaliação laboratoriais anualmente com o objetivo de diagnosticar mais cedo as possíveis complicações, como são os usuários que sofrem de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, hiper e hipotireoidismo, dislipidemias, entre outras. Não temos pelo Sistema Único de Saúde como fazer o exame de eletrocardiografia para avaliar os usuários com hipertensão arterial sistêmica, obrigando ao profissional a encaminhar o usuário a uma consulta de cardiologia, lotando a consulta dessa especialidade, que, além disso, não tem no município, precisando deslocar o paciente a outra cidade fora do município. Além disso, em nossa unidade não há recursos mínimos para tratar aquelas situações não graves que podem ser resolvidas na mesma unidade, como crises hipertensivas, enxaquecas, febre não complicada e ferimentos não complicados, nem para o

atendimento das urgências que possam se apresentar; tendo que encaminhar estes usuários para o pronto atendimento, carregando ainda mais estes postos que já ficam lotados. No futuro quando terminar a remodelação da unidade deve melhorar os atendimentos aos usuários.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Cachoeira do Sul é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, sendo o quinto mais antigo do estado, foi emancipado em 1820. É considerado uma das quatro capitais farroupilhas. Localiza-se na Mesorregião do Centro Oriental Rio-Grandense e na Microrregião de Cachoeira do Sul. Fisiograficamente está na depressão central do Rio Grande do Sul, na área compreendida como Vale do Jacuí. Encontra-se às margens da BR 153 e distancia-se 196 km da capital estadual. Possui uma população de 86.750 habitantes, sendo a maior cidade às margens do Rio Jacuí. Apresenta uma densidade populacional de 22,4 habitantes/Km<sup>2</sup>, a população urbana é de 72.716 pessoas (83.82 %) e a população rural de 14.034 pessoas (16.17%). O sexo feminino representa 51.41% da população (44.598 mulheres), enquanto o sexo masculino corresponde a 48.59% da população (42.152 homens), estes dados foram obtidos junto a Secretaria de Saúde Municipal e pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Em relação à estrutura de saúde, temos 22 unidades básicas de saúde (ESF: 6 e UBS 16). Neste momento encontra-se em construção três ESF. Não tem disponibilidade de NASF, coisa que influi negativamente na prestação dos serviços de saúde. O município tem um hospital com uma capacidade de 126 leitos, o que não é suficiente para a densidade populacional que tem. As causas de internação mais frequentes são: parto normal e patologias clínicas adultas. Quanto às causas de óbitos, às mais frequentes são: infecções devidas a microbactérias, neoplasias malignas de brônquios e pulmões e neoplasias malignas sem especificação de localização. O município não tem muitas especialidades, sendo assim os pacientes que precisam de sua avaliação, precisam viajar para outros municípios, além disso, os atendimentos dos mesmos são bem demorados, por exemplo: para ser avaliado por um cardiologista a espera é de aproximadamente um ano. Também não contamos com o serviço de ultrassonografia, entre outros. Outros aspetos que influem negativamente nos atendimentos dos usuários assim como na saúde dos mesmos é a pouca disponibilidade de exames complementares.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) número 6, conhecida como Piriqui, encontra-se localizada no interior do município de Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, a 30 km da cidade. A unidade encontra-se em remodelação pelo que não conta com a estrutura necessária para garantir um bom atendimento dos usuários do SUS. Na área de abrangência não contamos instituições de ensino fundamental. A unidade tem apenas uma equipe de saúde da família responsável por uma área de abrangência de 5.000 usuários (o que está acima do recomendado para um equipe de saúde), sendo composta por: 1 médico especialista em medicina de família, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 enfermeira, 4 agentes comunitários. Para completar a Equipe de Saúde faltam: 1 técnico de farmácia, 1 auxiliar administrativo, 4 agentes comunitários, 1 técnica em odontologia e 1 faxineira (porque só contamos com limpeza da unidade uma vez na semana), é evidente que a equipe não está completa e isto acarreta problemas e dificuldades nos atendimentos da população.

Em relação à estrutura física, na unidade neste momento encontra-se em remodelação porque não foi construída para estes fins, ainda não contém uma estrutura típica de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo que não são desenvolvidas atividades de ensino; anteriormente foi uma UBS tradicional e voltou a ser ESF no mês de Abril deste ano. Sua estrutura tem a seguinte distribuição: uma sala de espera pequena com capacidade aproximada para 10 pessoas; um banheiro para os usuários que fica na parte de fora da unidade, não há sanitários para os funcionários nem para pessoas com limitações físicas (encontra-se em construção); uma sala para consulta médica, que não cumpre com conforto e iluminação; uma sala para consulta odontológica; uma sala de curativos que não possui as condições, porque não tem maca para curativos nem onde colocar o instrumental que está sendo utilizado para o curativo (que temos que usar para a realização do acolhimento dos usuários e como farmácia), tem uma sala para consulta de enfermagem onde se fazem as coletas de CP e a enfermeira oferece consultas (nesta sala a enfermeira faz outras atividades como: acompanhamento de idosos, puericultura, acompanhamentos de gestantes, aconselhamento dietético, entre outras atividades. Nesta sala não se podem colocar os medicamentos porque é bem pequena). Não tem sala para reuniões, sala para vacina, nem sala para nebulização, também não tem cozinha, nem sala para recepção dos usuários. No futuro a unidade vai ter sala de reunião, sala de acolhimento e procedimentos de

enfermagem, dois banheiros, um para os funcionários e outro para usuários com limitações físicas e também uma sala de vacinação.

Os integrantes da equipe têm como objetivo fundamental garantir a saúde dos usuários das áreas de abrangências, pelo que realizamos visita domiciliar uma vez por semana onde desenvolvemos atividades como: curativos, acompanhamentos de problemas de saúde, verificação de pressão arterial, entrega de medicamentos, entre outros; também temos dificuldades nos atendimentos pela falta de insumos e aparelhos como o nebulizador. Semanalmente é realizada a reunião de equipe, onde são debatidos vários temas de interesse comuns, assim como se planeja integralmente as atividades da semana, discutimos casos que se apresentam no dia-a-dia e as experiências de cada um e assim fortalecer o trabalho da unidade e os atendimentos para os usuários. As dificuldades são apresentadas pela equipe e assim tenta-se uma solução da melhor maneira possível, elevando a satisfação da população e seu nível e expectativas de vida.

A equipe participa ativamente do processo de territorialização e mapeamento das áreas de abrangência, todos estão engajados com os serviços conhecendo quais são seus deveres e responsabilidades, participam ativamente na identificação das áreas, grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e a identificação das pessoas com doenças ocultas, objetivando assim brindar uma atenção de qualidade para os usuários das áreas de abrangência. As dificuldades que apresentamos e que influem negativamente no desenvolvimento do trabalho da unidade estão relacionadas à equipe incompleta, a falta de estrutura da unidade, a falta de materiais e insumos fornecidos pela secretaria de saúde. Já foram apresentados todos estes itens em reunião com a secretária da saúde do município e até o presente momento não obtivemos retorno dos mesmos.

A unidade tem uma população de 5.000 habitantes, distribuídas em distintas áreas de abrangências, incluindo duas comunidades indígenas e uma quilombola. Contrariamente com o que ocorre no município, o sexo predominante é o masculino representando 52,57% da população. Em relação à distribuição etária há 65,54% (3.277 habitantes) de pessoas entre 15 até 59 anos; 14,84% (742 habitantes) entre 5 até 14 anos; e 13,70% (685 habitantes) de pessoas com 60 anos ou mais. Estes dados concordam com a literatura estudada o qual relata que a população brasileira encontra-se com uma estimativa de vida maior e para o ano 2050 vai ser maior ainda. O tamanho da equipe é insuficiente visto que ainda temos

áreas as quais se encontram sem cadastramento ou com o cadastro incompleto. A ESF trabalha com agendamento mensal e são programadas as atividades de atendimento, grupo e visitas domiciliares. A equipe além de trabalhar com a programação de agendamento atendem as demandas espontâneas, as quais não constituem uma problemática e são resolvidas quando se apresentam. Isto concorda com os objetivos de trabalho da ESF (maior quantidade de atendimentos agendados e menor quantidade de urgências).

Em relação à saúde da criança nas comunidades indígenas moram 13 crianças menores de 03 anos e nas restantes áreas moram 56 crianças para um total de 69 crianças. A cobertura atual de menores de 3 anos é de 69 crianças e só oferecemos atendimentos para 41 delas. Para os mesmos oferecemos controles de acordo a sua idade e visitas domiciliares de acordo com a classificação de riscos de cada um deles, além das atividades desenvolvidas diretamente pelo pessoal médico ou paramédico. Os agentes comunitários de saúde realizam seu trabalho garantindo que o 100% das crianças sejam visitadas mensalmente, desenvolvendo atividades de prevenção, promoção e educação em saúde, o qual é uma fortaleza para o trabalho da unidade. A maioria dos indicadores de saúde da criança são avaliados como satisfatórios, apesar das dificuldades para sua execução, mas a equipe trabalha para melhorar os mesmos (estou avaliando o Índice de Baixo Peso ao Nascer e a mortalidade em menores de um ano e em idade pré-escolares e escolares, não só a quantidade de menores de um ano que fazem o acompanhamento na unidade de saúde). A taxa de Mortalidade Infantil no último ano se mantém em 0%, além disso temos dificuldades porque o 100% dos lactantes não recebem suas consultas no posto de saúde, isto foi comunicado à secretaria de saúde e ainda não obtivemos resposta. Fazemos o preenchimento correto dos registros específicos que garantem a realização do monitoramento das ações voltadas diretamente para este grupo etário.

A atenção Pré-Natal é um dos temas mais valorizados e avaliados na saúde mundial e, além disso, podemos avaliar o processo de gravidez, desenvolvimento e crescimento do feto e reduzir a mortalidade materno-infantil durante a gravidez, parto e pós-parto. Pela importância que tem, a equipe trabalha diariamente com o objetivo de garantir o acompanhamento pré-natal, isto é garantido pelos agendamentos os quais são planejados dependendo da idade gestacional das grávidas, isto nos permite ter mais controle sobre elas. Atualmente na área de



abrangência temos 26 gestantes, o que não coincide com o Caderno de Atenção Programática (Número estimado de gestantes residentes na área de abrangência pelo Caderno de Atenção Programática: 75 gestantes); e fazemos o acompanhamento de 6 delas, sendo este trabalho é realizado por todos os integrantes da equipe de saúde. Atualmente são realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal e é preconizada que a captação seja feita no primeiro trimestre, as gestantes devem ter um bom acolhimento e recepção, assim como valorizar o pré-natal e conseguir que as mesmas sintam autoconfiança e autonomia. A unidade conta com registros específicos para realizar o monitoramento regular das ações realizadas para as mesmas. Como expliquei anteriormente, a unidade apresenta dificuldades, mas acredito que a cobertura para a atenção pré-natal é adequada, contamos com o pessoal necessário para garantir os mesmos e quando precisamos algum outro tipo de avaliação especializada está garantida. Fazendo uma análise dos indicadores da qualidade da atenção ao Pré-natal avaliados, os mesmos estão de acordo com os de todo o país, atualmente a taxa de mortalidade materno encontra-se em 0%, não se reporta nenhum falecimento no período avaliado. Isto é garantido por toda a equipe de saúde da unidade e das atividades desenvolvidas por eles.

O programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e o programa de Controle do Câncer da Mama são muito importantes porque são um dos poucos cânceres previsíveis, curáveis e que maior incidência tem nas mulheres brasileiras. Atualmente a cobertura do exame preventivo é de 81% e 83% para a prevenção do câncer de colo e mama, respectivamente. Além das deficiências mencionadas anteriormente temos algumas outras como: o médico e a enfermeira estão apenas sete meses na unidade, o caderno de controle de citopatológico de colo de útero e de mamografia pelo que são novos da Estratégia de Saúde da Família, só são fornecidas 10 formulários para a coleta de preventivo do Câncer de Colo de Útero e três formulários para mamografias (Controle do câncer de mama). Tudo isto influi negativamente nos atendimentos das usuárias que se encontram incluídas nestes programas e tentando com a resolutividade e qualidade na atenção. Na unidade é passado para toda equipe, pelos agentes comunitários nas reuniões, os casos das pacientes que não fazem o preventivo já a algum tempo e as que fazem o exame em outras unidades; isto influi positivamente para os indicadores e para o trabalho da unidade. Tudo o que está sendo realizado na unidade é novo, mas é conforme as

normas do ministério da saúde e utilizamos cadernos de anotações para controle dos exames de CP e de mama, para melhor acompanhamento das mesmas. Para conhecer as usuárias que apresentam CP ou mamografia alteradas foi muito difícil e tivemos que trabalhar conjuntamente com os agentes comunitários e só assim conhecer os dados, também isto influi negativamente nos atendimentos, seguimentos e satisfação dos usuários. É importante realizar grupos na comunidade e na escola, educação em serviço, educação em saúde na consulta individual através de interconsultas e nas escolas, para que haja assistência integral e de qualidade.

Em relação á atenção aos hipertensos e diabéticos, na unidade conta com o cadastramento de HIPERDIA (a unidade há pouco tempo tem a equipe atual o qual ainda está incompleta e anteriormente não era realizado o cadastramento e acompanhamento dos pacientes), isto influi positivamente para o trabalho da unidade, pois agora tem o controle de muitos hipertensos (HAS) e diabéticos (DM) com 20 anos ou mais, mas o número ainda é insuficiente, pelo que temos que continuar trabalhando para conhecer a verdadeira quantidade de usuários da nossa área com estas e outras doenças crônicas que ainda não são tratados. Pelos dados dos agentes comunitários são tantos pacientes com DM: 63 usuários e com HAS: 304 usuários, no entanto estes dados estão subestimados, mas já estamos trabalhando no reconhecimento dos usuários. O acompanhamento destes usuários é de suma importância, não só sendo focando na doença, mas sim na promoção do autocuidado, redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida. Portanto para melhorar o processo de trabalho são necessários todos da equipe engajados na promoção da saúde e não apenas em atos prescritivos. Estes dados são avaliados constantemente nas reuniões da equipe de saúde, onde se planejam e se tomam decisões com o objetivo de elevar dia-a-dia a qualidade de vida e o bem-estar dos usuários da unidade e assim evitar que eles venham e ter maiores complicações.

O último censo feito no Brasil foi no ano de 2012 e mostrou que 10% da população brasileira encontra-se com mais de 60 anos, sendo considerada uma população com perspectiva de vida maior, sendo que a vulnerabilidade às doenças aumentou para esta faixa etária, tornando-se mais frágeis e diminuindo sua capacidade de autonomia. Visto que as atividades da equipe de saúde tornam-se de muita importância, com o objetivo de mudar a forma de pensar do envelhecimento.

É primordial que a pessoa idosa descubra suas potencialidades, apesar de suas limitações, para viver a vida com mais qualidade de vida. Por isso, em uma unidade saúde da família é necessário ter uma equipe completa como também núcleo de apoio à saúde da Família, para que o atendimento seja realizado de maneira mais adequada, longitudinal, interdisciplinar e também com mais resolutividade. Em relação à atenção à saúde da pessoa idosa, são acompanhados, na UBS 593 usuários, que correspondem a 83% de cobertura. A unidade conta com o registro das pessoas idosas com o objetivo de realizar monitoramento regular destas ações, isto permite ter um maior controle sobre as mesmas e conhecer quando está acontecendo alguma irregularidade sobre isto, como: o atraso a consultas agendadas, quando está ocorrendo falhas na família, quando não está cumprindo com as recomendações, entre outras; isto é feito de forma conjunta por toda a equipe de saúde. Também são feitas visitas domiciliar onde conhecemos as condições de moradia das pessoas idosas e como é o funcionamento da família entorno a esta pessoa, também para o estreitamento de vínculos e estabelecer suporte adequado conforme as necessidades dos usuários.

O aspecto que influi negativamente no trabalho da equipe é que não temos em prática o projeto terapêutico singular, que é um instrumento de trabalho interdisciplinar que possibilita a participação, reinserção e construção da autonomia para usuário/família e assim melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Portanto para melhorar o processo de trabalho é necessário que todos os membros da equipe estejam engajados na promoção da saúde e não apenas em atos prescritivos, mas realizando intervenções educativas permanentes a longo prazo, tanto para a população em cada área quanto realizar educação em serviço sobre esse tema, bem como realizar cuidado longitudinal e assim melhorar a qualidade da atenção em saúde e ampliação da cobertura da mesma.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ao comparar a avaliação atual com a realizada na segunda semana da especialização, percebo que pude compreender com mais profundidade vários déficits de nossa unidade, principalmente, quanto ao estrutural. As condições estruturais, mobiliário, materiais e insumos da unidade são as mesmas que ao princípio do curso, ainda a remodelação da unidade está parada e a equipe continua

incompleta e continuamos com as mesmas necessidades e limitações. A equipe trabalha com o objetivo de superar diariamente as mesmas, mas a maioria não depende de nosso trabalho, quando se apresenta um problema é discutido e a solução é tomada em conjunto e da forma mais rápida possível, assim garantimos e tentamos melhorar nosso trabalho junto a saúde dos usuários da unidade e assim elevando o nível de satisfação da população.

Pelo anteriormente exposto todo o trabalho da equipe encontra-se desorganizado e acredito que sem a ajuda e apoio dos gestores municipais é muito difícil melhorar o trabalho da unidade e mudar de forma definitiva, satisfatória e com qualidade a saúde dos usuários do SUS, além disso, a forma de pensar e olhar para os mesmos. Por isso, acredito que o objetivo de fazer esta comparação está perdido porque neste período de tempo as coisas deviam melhorar e não manter os mesmos problemas e limitações.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

Atualmente a população mundial encontra-se em um processo de estimativa de vida maior. Estima-se que 10% da população brasileira têm mais de 60 anos, destes 12% corresponde a pessoas muito idosas (acima de 80 anos) constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos anos. Para o ano 2025, Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos; estima-se que seja cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006). O aumento do número de idosos impõe mudanças no modo e estilo de vida, pois esta faixa etária é mais vulnerável e pode apresentar diferentes doenças que ocasionam perdas de funções importantes como: visão, capacidade de deambulação, com consequente diminuição da autonomia tornando-os totalmente dependentes dos familiares. No Brasil para garantir os direitos dessa população temos a Lei: 10.741, de 1o de outubro de 2003, que instituiu o Estado de Idoso. Isto se consegue através da ampliação do acesso aos serviços de saúde e a humanização dos atendimentos. Para que o atendimento ocorra de maneira mais adequada, longitudinal, interdisciplinar, com mais resolutividade, acolhedor e que não sejam apenas no consultório, mas também visitas domiciliares. No ano 2006 foi publicada a Portaria/GM no 399, onde se apresentam as Diretrizes do Pacto pela Saúde, no mesmo aparece a Saúde do Idoso como uma das prioridades, isto tem uma grande importância porque pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil a saúde da população idosa é direito de todos.

A população alvo da intervenção será constituída por 593 usuários maiores de 60 anos que moram na área de abrangência da ESF No 6, do município Cachoeira do Sul, RS. A intervenção contribuirá para melhorar a qualidade de vida dos idosos, planejamentos de ações da ESF focando nas características da população idosa, assim reduzindo aparecimentos de complicações e melhorando vínculo entre equipe de ESF e usuário. É necessário estabelecer estratégias de promoção e prevenção à saúde do idoso nas ESF, para que ele possa manter a independência e autonomia. Foi visto que grande parte da população adstrita é idosa, por isso a necessidade de organizar o serviço voltado nesse tema.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção programática de saúde do idoso na área correspondente à Estratégia de Saúde da Família No 6, Piquiri, do município de Cachoeira do Sul/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta: 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos para 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.3: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.4: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (ESF) número 6, Piquiri, no Município de Cachoeira do sul/RS. Para a intervenção serão cadastrados todos os usuários da área de abrangência com 60 anos ou mais, sendo constituída por 593 pacientes,

incluindo população indígena e quilombola (fonte: senso dos Agentes Comunitários de Saúde, 2014).

Esse projeto de intervenção tem abordagem qualitativo-quantitativo, buscando compreender o contexto social e de saúde a que esta faixa etária está inserida, e assim buscar soluções para seus problemas e desenvolver a população-alvo a saúde preventiva e curativa. A avaliação será feita nas consultas e também nas visitas domiciliares para os pacientes acamados ou com problemas de locomoção, também estabelecer-se-á contato com a Secretária de Saúde do município com o objetivo de garantir a avaliação multidisciplinar dos usuários que precisarem. A capacidade funcional será avaliada com escala de atividades da vida diária pessoal.

Ao longo destas 12 semanas, as ações serão desenvolvidas com base em quatro eixos pedagógicos: (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público, (4) Qualificação da prática clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%.

#### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: O monitoramento da cobertura dos idosos cadastrados no programa ocorrerá semanalmente através da revisão do livro de registros das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilha próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização. O monitoramento será feito pelo médico e equipe de enfermagem.

#### **Organização e gestão do serviço**

Ações: Acolher os idosos; Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde; Atualizar as informações do SIAB.



Detalhamento: Será realizado o acolhimento ou uma “escuta interessada” ao idoso, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas. Através das VDs, os ACS informarão os idosos que ainda não estão cadastrados e/ou moradores novos da micro-área. O SIAB será atualizado mensalmente, pela equipe de enfermagem. Os dados gerados pela revisão dos prontuários e das buscas ativas alimentarão o sistema.

#### Engajamento público

Ações: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Orientações, fornecidas tanto em consulta individual como em palestras para comunidade, para as pessoas idosas e familiares quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e/ou neurológicas decorrentes, entre outras doenças. Na atividade também faremos recomendações sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e nortear a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar como também guiar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Outro assunto a ser discutido pela equipe é sobre o programa de atenção à saúde do idoso e a caderneta da saúde do idoso.

#### Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Capacitar equipe multidisciplinar para que seja realizado o atendimento com mais qualidade, com capacitações em serviço de acordo com o manual de envelhecimento e saúde a pessoa idosa do Ministério da Saúde. Sobre a importância da busca-ativa de idosos pelos ACS em visita domiciliar para que 100% sejam acompanhados no serviço. Capacitação da equipe sobre a Política Nacional

de Humanização (PNH), para melhor comprometimento e responsabilização da equipe em prol do usuário idoso, fortalecimento do trabalho transdisciplinar como também para que o trabalho aconteça em rede de alta conectividade. Ficou decidido que as capacitações irão ocorrer mensalmente, sendo disponibilizadas 2h durante a reunião de equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta: 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Colocar junto ao resumo da história clínica, no prontuário, a data da última avaliação para controle do período a ser realizada novamente, com avaliação periódica pelo médico.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen); Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Realizar pedido junto à secretária de saúde dos insumos básicos para o nosso trabalho (esfigmomanômetro, antropômetro, Tabela de Snellen, balança, manguitos, fita métrica, Aparelho de Hemoglicoteste). Definir em reunião de equipe a atribuição e responsabilidades de cada profissional da equipe no trabalho com os idosos. Será realizada em reunião uma agenda para usuários em situação de leito e com problemas de locomoção para organização de visitas domiciliares para toda a equipe de saúde.

Engajamento Público

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável; Compartilhar

com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Os ACS terão papel central no desenvolvimento dessas ações, pois realizarão as orientações durante as visitas domiciliares as famílias de suas microáreas. Também utilizar os espaços nos grupos e consultas para proceder este tipo de orientação. Durante as consultas, orientar o usuário sobre as condutas tomadas, dividindo responsabilidades com ele, solicitando a opinião deles na escolha de algumas ações.

#### Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS; Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida; Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Revisar com a equipe, nas reuniões semanais, os cadernos do ministério da saúde sobre saúde do idoso. Procurar introduzir a aplicação da Avaliação Multidimensional no acolhimento, treinando a equipe para tal função; e também discutir com a equipe estratégias para qualificar a prática de nosso acolhimento, situações mais graves que necessitam de encaminhamento, evitando assim a avaliação médica desnecessária naquele momento.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

#### Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Descrever no prontuário e ficha espelho os dados do exame realizado na última consulta, sendo o médico responsável por esta ação.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos; Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado; Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e

diabéticos provenientes das buscas domiciliares; Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Definir em reunião de equipe a atribuição e responsabilidades de cada profissional da equipe no trabalho com os idosos. Será realizada em reunião uma agenda para usuários em situação de leito e com problemas de locomoção para organização de visitas domiciliares e reservar horários na agenda para as consultas provenientes das demandas dos ACS. Estar em constante cobrança junto a gestão municipal para dinamizar o andamento dos encaminhamentos.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações, sendo estas atividades organizadas pela equipe de enfermagem e médico.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar os profissionais da equipe, de acordo com o protocolo do MS, sobre exame clínico adequado. Também discutir e treinar o preenchimento de ficha clínica e prontuário, descrevendo de modo claro e legível a avaliação, assim como registrando a data e assinatura. As capacitações serão realizadas conforme cronograma, nas reuniões de equipe.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Avaliar junto à ficha-espelho se todos os usuários cadastrados realizaram a coleta de exames laboratoriais, sendo esta ação realizada quinzenalmente pelo médico.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Realizar solicitações dos exames durante as consultas. Coordenar com o gestor municipal a redução dos prazos da realização dos exames complementares conforme protocolo do ministério da saúde. Também é necessário estabelecer uma rotina de anotar no prontuário e ficha-espelho a realização dos exames, para que quando não ocorrer, seja de fácil percepção.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados.

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações, sendo a ação realizada pelo médico e colegas da enfermagem.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Capacitar a equipe, de acordo com protocolo do MS, durante as reuniões de equipe.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Obter mensalmente a lista de medicações da farmácia popular, para realizar prescrições conforme disponibilidade e necessidade do usuário.

### Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O controle dos estoques ocorre mensalmente, sendo realizado pela equipe de enfermagem. Mediante as visitas domiciliares serão conhecidas as necessidades de medicamentos dos usuários diabéticos e hipertensos, assim realizando controle de estoque e validade dos mesmos.

### Engajamento público

Ação: Orientar as pessoas e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Durante as consultas clínicas e de enfermagem, procurar sempre orientar aos usuários sobre a possibilidade de retirar medicamentos através da farmácia popular, pois muitos ainda desconhecem esta alternativa.

### Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Sempre manter a equipe atualizada sobre o tratamento de HAS e DM e também trazer a lista de medicações da farmácia popular para a reunião de equipe, orientando os colegas para transmitirem o conhecimento para comunidade.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Realizar um levantamento juntos aos ACS sobre o número total de acamados da área de abrangência, durante as primeiras semanas da intervenção.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Priorizar o cadastro destes usuários, através de livro registro, ficando os idosos acamados em arquivo separado dos demais usuários. Os ACS registrarão durante as VDs, em livro específico os idosos acamados.

#### Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Orientar os ACS sobre como realizar o cadastro e quais dados necessitam solicitar, conforme atividades previstas no cronograma.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: As VD ocorrem uma vez na semana, então conferir através do livro de registro a data da última VD para poder planejar a próxima, evitando que

alguns recebam muitas visitas e outros não sejam atendidos. A enfermagem realizará este monitoramento.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: As VD ocorrem uma vez na semana, se a demanda for muito grande, aumentar um turno, priorizando pessoas acima de 60 anos nos próximos meses.

#### Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Orientar os ACS sobre como realizar o cadastro e quais dados necessitam solicitar, conforme atividades previstas no cronograma.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os números idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente); Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Realizar a aferição da pressão arterial em todos os usuários e periodicamente naqueles já diagnosticados com avaliação periódica da ficha-



espelho pelo médico e aferir a pressão arterial regularmente de todos os diabéticos, solicitando controle periódico em casos duvidosos.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde; Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Verificar mensalmente os materiais para a tomada da medida da pressão arterial, realização de hemoglicoteste e se caso não estiverem adequados solicitar junto a gestão municipal a reposição.

Anotar principais comorbidades do usuário no prontuário e ficha-espelho para evidenciar quais usuários necessitam de avaliação. Solicitar junto a técnica de enfermagem que o hemoglicoteste e aferição da P.A sejam realizados no momento da consulta/acolhimento.

#### Engajamento público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, bem como a sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações, sendo estas atividades organizadas pela equipe de enfermagem da unidade e pelo médico.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial

sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Realizar a revisão de técnicas da aferição da P.A e realização de hemoglicoteste, principalmente com a equipe de acolhimento. Capacitação e treinamento de acordo com cronograma, realizado na reunião de equipe.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos; Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Questionar junto à história clínica sobre quando foi a ultima avaliação odontológica do usuário e anotar em prontuário e ficha espelho. Durante exame clínico avaliar a cavidade bucal, este exame deverá ser efetuado pelo médico ou enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde; Cadastrar os idosos na unidade de saúde; Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde; Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência; Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos; Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Fortalecer a agenda para idosos, garantindo os encaminhamentos para àqueles idosos que necessitarem de avaliação e tratamento odontológico. Solicitar avaliação do dentista em casos de maior urgência, ficando estabelecido que o mesmo avaliará usuários com sintomas agudos logo após a consulta médica, devendo os demais agendar consulta de forma programática. O médico juntamente com o dentista organizará esta ação.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos; Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde; Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais; Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações, sendo estas atividades organizadas por toda equipe.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos; Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo; Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico; Capacitar os ACS para captação de idosos; Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Realizar a capacitação conforme protocolo para identificar a necessidade de atendimento odontológico e encaminhamento para o dentista, durante o acolhimento, pela equipe, e também consulta médica. Capacitação e treinamento de acordo com cronograma, realizada na reunião de equipe.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: A busca dos idosos ocorrerá através dos agentes comunitários, mediante visitas domiciliares para que não haja idosos faltosos às consultas programadas, com intuito de aumentar a qualidade de vida e periodicidade das consultas dos mesmos. O monitoramento será realizado semanalmente a partir das informações nos prontuários, fichas espelho e relatórios dos ACS.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A busca ativa dos usuários faltosos será realizada pelos ACS. Sendo o idoso impossibilitado físico ou mentalmente de comparecer à UBS, o médico, a enfermeira e o técnico de enfermagem ficarão responsáveis pela visita domiciliar. Na agenda de atendimentos da UBS será reservado 2 fichas por turno para a consulta dos idosos identificados nas buscas ativas. Também será reservado um turno semanal para que o médico e a enfermeira possam realizar as visitas domiciliares.

#### Engajamento público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Essas ações ocorrerão durante as visitas dos ACS às famílias de suas microáreas. Também será marcada uma reunião com os líderes comunitários para discutir as estratégias para não evasão dos idosos.

#### Qualificação da prática clínica

Ações: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade; Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Os ACS receberão a capacitação na primeira semana de intervenção, em uma reunião específica para isso. Na reunião de equipe da primeira semana de intervenção todos os integrantes da equipe receberão capacitação sobre o protocolo a ser adotado, sendo assim definidos como serão agendadas as consultas e os retornos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

#### Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Avaliar os registros específicos (ficha espelho e planilha eletrônica) dos idosos a cada mês, assim como orientar os idosos a importância de levar a cada consulta a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados; Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será implementado na Unidade de Saúde um registro específico (ficha-espelho e planilha eletrônica), para melhor qualidade dos dados colhidos no trabalho. Será organizada uma planilha que tenha alerta de consultas em atrasos dos pacientes idosos. Solicitar junto a Gestora Municipal o fornecimento das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa, através de reunião com a mesma.

As informações do SIAB serão atualizadas mensalmente com os dados gerados pela intervenção.

#### Engajamento público

Ações: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: As orientações serão realizadas pelos ACS durante as visitas de rotina a todas as famílias da microáreas e também aos usuários durante as consultas na UBS, por todos os profissionais que os atenderem.

Os idosos ao receberem a caderneta serão orientados sobre a importância de porta-la em todas as consultas.

#### Qualificação da prática clínica

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos; Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Pautar nas reuniões da equipe, que são efetuadas semanalmente, o treinamento sobre o preenchimento adequado dos registros e orientação sobre a ficha-espelho, planilha eletrônica e sobre a importância da qualidade do registro na Caderneta do Idoso.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

#### Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência; Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice; Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Monitoramento será realizado semanalmente a partir dos dados gerados pelas consultas individuais e visitas domiciliares.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade; Priorizar o atendimento dos idosos fragilizados na velhice; Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O acesso ao atendimento será priorizado para os idosos com rede social deficientes, maior risco de morbimortalidade, idosos fragilizados na velhice, através do acolhimento de enfermagem.

#### Engajamento público

Ações: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco; Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente; Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde; Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio, etc) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: As orientações serão realizadas pelos ACS durante as visitas domiciliares de rotina e de buscas. Também serão realizadas individualmente durante as consultas clínicas e os temas serão abordados nos grupos de hipertensos e diabéticos que concentram maior parte dos usuários idosos.

#### Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa; Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice; Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe de saúde serão orientados todos profissionais para registro e identificação de riscos para morbimortalidade da pessoa idosa, identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e como avaliar a rede social dos idosos.

#### Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

#### Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição; Monitorar a realização de orientação de atividade física

regular para todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular; Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Monitoramento será realizado semanalmente a partir dos dados gerados pelas consultas individuais e visitas domiciliares; Realizar a pesagem e cálculo do IMC durante as consultas; monitorar os temas apresentados no grupo para que todos estes sejam contemplados.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física; Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Em relação às orientações nutricionais, prática de atividade física e saúde bucal, deve-se reforçar a importância de todo integrante da equipe reforçar ao usuário a necessidade de bons hábitos de vida e higiene.

#### Engajamento público

Ações: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis; Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular; Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Utilizar os espaços dos grupos, sala de espera e reuniões com a comunidade para levar estas informações, sendo este espaço organizado mensalmente, pelo dentista, médico e enfermagem.

#### Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira" e também capacitar para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos; Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular; Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.



Detalhamento: Utilizar os materiais do ministério da saúde para as capacitações sobre bons hábitos alimentares, assim como, solicitar capacitação com a nutricionista. Revisar com a equipe, nas reuniões de equipe, os cadernos do ministério da saúde sobre hábitos alimentares, assim como a abordagem feita nos cadernos sobre Hipertensão e Diabetes, sobre prática regular de atividade física e sobre orientações de saúde bucal. Sendo realizadas em datas referidas no cronograma.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90 %.

Indicador 1.1: Número de idosos cadastrados no programa pelo o número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia pelo número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia pelo número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia pelo o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular entre o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pelo número de idosos acamados ou com problema de locomoção, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar pelo o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta pelo número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Número de idosos hipertensos rastreados para Diabetes pelo número de idoso com pressão sustentada maior 135/80 mmHg ou com diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico pelo o número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Número de idosos cadastrados da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática pelo número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde entre o número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado entre o número de idosos cadastrados no programa pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Número de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa pelo número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade entre o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice pelo o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Número de idosos com avaliação de rede social pelo o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis pelo o número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade pelo número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal pelo número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para o trabalho será utilizado o Protocolo da Saúde do idoso do Ministério da Saúde, ano 2012 (BRASIL, 2012). O intuito do trabalho é ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90%. Utilizaremos o prontuário ambulatorial disponibilizado nas unidades de saúde para registro de consultas médicas e de enfermagem no município e também as fichas de cadastro e acompanhamento dos ACS. O prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação multidimensional rápida, classificação de risco cardiovascular, fácil identificação do esquema terapêutico utilizado, frequência de participação em atividades fora de consultório, entre outros. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será utilizada a ficha espelho fornecida pelo curso de especialização. O médico e a enfermeira farão contato com o gestor municipal para dispor das fichas

espelho necessárias a intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Será solicitada à Secretaria de Saúde, ainda antes do início da intervenção, os materiais adequados e necessários para a qualidade do serviço, por exemplo: verificação da pressão arterial e teste de HGT (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e aparelho de HGT) na unidade de saúde. O responsável pelos pedidos será efetivado pela enfermeira. A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da ESF. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico da saúde do idoso (BRASIL, 2012) para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos da área. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto, serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe na quarta-feira à tarde.

O médico ficará responsável da leitura dos materiais e explanação do conteúdo aos outros membros da equipe. Além disso, existirá uma capacitação sobre o cadastramento dos idosos, sobre o preenchimento e fornecimento da caderneta da pessoa idosa e sua importância, sobre a mensuração da pressão arterial e da glicemia capilar, sobre a identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar além da orientação sobre promoção da saúde da pessoa idosa. Na primeira reunião da equipe, na semana de início da intervenção, será definido o papel de cada um dos profissionais nas intervenções e acordado todas as metas a serem atingidas.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e a recepcionista (esta função está sendo feita por um ACS) farão a revisão dos prontuários identificando aqueles que sejam de pessoas com 60 anos ou mais de acordo com a microárea à qual pertence. Será realizada uma avaliação mensal de cada prontuário pelo médico e/ou enfermeira que transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha de controle eletrônica. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. As fichas espelho também serão separadas de acordo com a microárea e guardadas em armário específico na recepção da ESF. Sempre que um idoso procurar atendimento, o recepcionista irá fornecer o prontuário juntamente com a ficha espelho ao profissional responsável

pelo atendimento. Semanalmente a enfermeira e o médico examinarão as planilhas mensais de consultas agendadas identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos idosos em atraso. Ao fazer a busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência.

Ao final de cada semana, as informações coletadas em prontuário e nas fichas espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. O acolhimento dos idosos que buscarem o serviço será realizado pelo técnico de enfermagem. Usuários com queixas agudas serão atendidos no mesmo turno para diminuir a demanda hospitalar e agilizar o tratamento. Aqueles que estiverem com consultas em atraso terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. A organização da agenda será alterada para que nenhum idoso fique sem atendimento. Para agendar os usuários de consultas de rotina será disponibilizado um turno semanal para priorizar este atendimento e para os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas uma consulta diária. Todos os idosos serão indagados de sua última consulta odontológica e, caso esta tenha acontecido a mais de seis meses, serão aconselhados a se apresentarem na recepção da unidade e agendar consulta com dentista da unidade. Todos os usuários que vierem à consulta médica e de enfermagem sairão da ESF com a próxima consulta agendada.

As visitas domiciliares da equipe serão realizadas em um turno semanalmente, juntamente com as visitas de urgências e de puerpério. Serão identificados pelos ACS todos os idosos que possuem alguma dificuldade física, psíquica e/ou de locomoção para a confecção de uma planilha de agendamento das visitas para avaliação da evolução de cada um deles, sendo que aqueles que tenham maiores dificuldades/sequelas terão uma maior frequência de visitas. O médico e a enfermeira farão contato com a associação de moradores e com os representantes das comunidades, das igrejas das áreas de abrangência e apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância da realização do acompanhamento dos idosos no serviço de saúde.

Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a participação dos idosos nas atividades fora da ESF e de esclarecer a comunidade sobre a importância da promoção à saúde. As atividades educativas serão realizadas na igreja perto da unidade de saúde, serão realizadas em 15 em 15 dias, pelo turno da manhã. Será reservado o local pelo Agente Comunitário de Saúde da área do

Piquiri. Será necessária a impressão de materiais para realização de folders explicativos e painéis sendo este material confeccionado em conjunto pela equipe , em reunião semanal . A impressão deste material deverá ser realizado pela Secretaria Municipal de Saúde sendo o médico e ou a enfermeira os responsáveis por fazer a solicitação dos materiais.







### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Durante a etapa de planejamento da intervenção foram previstas varias ações as quais foram quase cumpridas na totalidade. Foram planejados 5 encontros com a Comunidade, mais foi feito um a mais; além disso com a diminuição do período de execução da intervenção (de 16 semanas para 12 semanas), nas últimas duas semanas tivemos que trabalhar (VDs) dois dias cada uma, com o objetivo de atingir as metas,e as metas foram atingidas. As mudanças foram bem aceitas pela equipe de saúde, pois foi o único jeito de abarcar todas as comunidades da área de abrangência e avaliar os usuários alvos do projeto. A motivação da equipe foi muito boa, além da responsabilidade individual e coletiva de cada um deles.

Desde o início, o projeto de intervenção foi uma ferramenta para a incorporação de ações ao trabalho da equipe de saúde; durante estas semanas o trabalho foi tornando-se uma rotina (o trabalho dentro e fora da unidade e nas visitas domiciliais), cada integrante conhecia suas funções e foi mais fácil a organização das atividades, o trabalho foi feito de maneira conjunta (o que fortaleceu a união dos integrantes da equipe). Foram oferecidas palestras nas distintas microáreas, as quais tiveram grande aceitação pelos usuários porque eles tinham muitas dúvidas sobre suas doenças e tratamento, e a maioria delas foram esclarecidas. Nas reuniões da equipe foi amplamente debatido e analisado o cronograma de execução do projeto e os resultados obtidos, os quais foram considerados muito bons, sendo que o impacto na equipe foi positivo, porque tudo foi feito com dedicação e união; fizemos o análise da cobertura do programa à atenção de idoso, analisando os aspetos negativos e positivos para melhorar o trabalho da equipe de saúde. Além de concluir esta etapa do projeto de intervenção, foi orientada a continuação da busca ativa dos pacientes com sintomas de HAS, DM e outras doenças crônicas ou transmissível e a aplicação dos conhecimentos e experiências ao dia-a-dia. Além de ser boa, a comunicação com a liderança das comunidades têm que ser melhorada para que exista um fluxo continuo e bidirecional da informação (equipe de saúde-liderança das comunidades-usuários).

As ações e metas foram alcançadas positivamente porque avaliamos a maioria da população alvo da área de abrangência; vinculamos com os moradores das comunidades, conhecendo seus estilos de vida, sua rotina e desenvolvimento

diário; visitamos as pessoas acamadas ou com problemas de locomoção, além de outras pessoas que precisavam ser avaliados em suas casas; além de outras atividades. Todas as ações, atividades e trabalho sempre foram bem acolhidos pela equipe de saúde e temos a certeza que o trabalho continuará sendo cada dia melhor. Além de tudo isso, acreditamos que na área de abrangência nunca foi feito um projeto de tal magnitude, pelo que servirá de apoio para futuros projetos.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Realizando a avaliação das ações previstas e não desenvolvidas, notou-se que sempre tivemos o apoio da secretaria de saúde para o transporte da equipe e também na impressão das Fichas Espelhos, mas existiram algumas dificuldades como: 100% dos idosos não tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o trabalho da dentista só foi desenvolvido até a sexta semana, porque esta foi transferida para outra unidade de saúde e ainda não contamos com este serviço, o que atrapalha o melhoramento da qualidade de vida dos usuários, pois a maioria deles não foram avaliados quanto às necessidades de atendimento odontológico e nem tiveram a avaliação de risco para saúde bucal (estas dificuldades foram debatidas com a gestão municipal e ainda não nos foi dado um retorno).

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

No desenvolvimento da intervenção foram utilizados várias planilhas e documentos oficiais do Ministério da Saúde: o prontuário médico e a ficha de atendimento odontológico, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Durante o processo de coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, o fechamento das planilhas de coleta de dados e o cálculo dos indicadores, não apresentamos dificuldades.

Na primeira semana da intervenção, a equipe de saúde recebeu capacitação por parte do médico, foi falado sobre as diferentes planilhas e documentação a utilizar durante o trabalho, sobre o cadastramento dos idosos, sobre o preenchimento e fornecimento da caderneta da pessoa idosa e sua importância e assim poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção sem dificuldades. Semanalmente as informações foram coletadas em

prontuário e nas fichas espelho e consolidadas na planilha de coleta de dados, permitindo a realização e conhecimento dos cálculos dos indicadores.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Este trabalho de intervenção, na ESF Piquiri, proporcionou uma ferramenta para a ampliação da cobertura e qualidade da atenção à saúde do idoso, melhorando assim os registros, além da realização da avaliação multidimensional rápida e exame clínico a todos os usuários alvos e exames laboratoriais aos que precisarem; tudo isto foram os primeiros passos para o melhoramento da qualidade de vida da população idosa adstrita à unidade e conhecer seu estado de saúde atual. Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram efetuadas fundamentalmente na unidade de saúde, e só baseada no tratamento das doenças clínicas, sendo realizadas pelo médico, pela enfermeira e o técnico de enfermagem. Com o início da intervenção o trabalho da equipe converteu-se em uma rotina, deixando a unidade para ser realizado nas comunidades, viabilizando a atenção à um número cada dia maior de pessoas. Cada integrante conhecia suas funções e o trabalho sempre foi desenvolvido de maneira integrada. Atualmente temos microáreas que não estão cobertas por ACS, isto atrapalha o trabalho, porque ainda não está completo o cadastramento, nem conhecemos os principais problemas de saúde que apresentam seus moradores. No entanto, quando as vagas dos ACS faltantes forem ocupadas, implementaremos todos os programas, partindo deste projeto. A equipe está integrada e pronta à continuidade e incorporação da intervenção a rotina da unidade, além disso, ser ampliada a outros programas e assim participar na condução de uma melhor qualidade de vida das pessoas da área de abrangência.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A população da área de abrangência da ESF nº 6 é de 5.000 habitantes aproximadamente. Para essa população, estão cadastrados 593 usuários idosos na área de abrangência. A intervenção objetivou a qualificação da Atenção à Saúde do Idoso, na ESF nº 6, no município de Cachoeira do Sul/RS. A intervenção focalizou as 5 microáreas, duas comunidades indígenas, uma comunidade quilombola e as microáreas que ainda não estão cobertas por ACS.

Em relação aos benefícios gerados aos indivíduos idosos envolvidos na intervenção, notamos uma maior conscientização quanto às atitudes como: a polimedicação, automedicação, o sedentarismo e a importância da prática de atividade física, inadequada nutrição e isolamento social, entre outros.

A seguir estão descritos os resultados da intervenção na ESF para os indicadores do atendimento dos idosos.

Objetivo1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 90 %.

Do total de 593 pacientes nesta faixa etária, foram cadastrados 549. No primeiro mês realizamos 156 (26,3%) novos cadastros, no segundo 388 (65,4%) e no terceiro 549 (92,6%). A meta foi ampliar a cobertura para 90%, alcançando ao final da intervenção uma cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na área adstrita de 92,6%. Não foram avaliados 44 usuários, representando 7,4% da população desta faixa etária, os motivos pelos quais não foram avaliados são: não aceitaram participar da intervenção, encontravam-se viajando ou hospitalizados.

Os dados obtidos são resultado do trabalho da equipe de saúde conforme cadastramento dos usuários desta faixa etária; o trabalho dos agentes comunitários foi fundamental na divulgação do projeto e nas orientações oferecidas aos usuários alvos do mesmo.

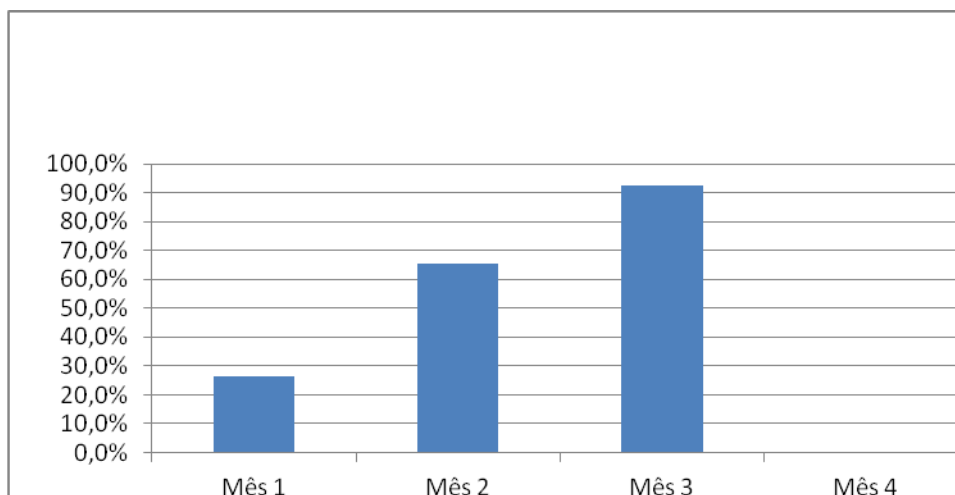


Figura 1- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde ESF Piquiri, Cachoeira do Sul/RS, 2015.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Do total de 549 idosos que participaram na intervenção, todos tiveram a avaliação multidimensional rápida em dia, representando 100%; No primeiro mês foram avaliados 156 usuário (100%), no segundo 388 usuários (100%) e no terceiro mês 549 (100%). Isto foi de muita importância, pois reconhecemos o estado de saúde físico-mental de cada usuário participante da intervenção.

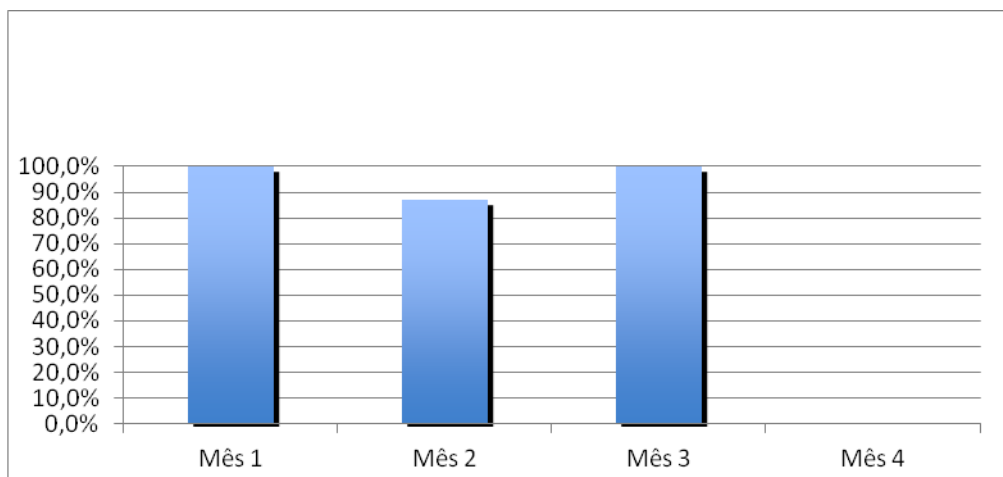


Figura 2- Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na ESF Piquiri, Cachoeira do Sul/RS, 2015.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Buscando conhecer o perfil de saúde da população investigada (593 usuários), foi realizado nas consultas o exame clínico apropriado aos 549 usuários participantes na intervenção (100%), incluindo exame físico dos pés, apalpação dos pulsos e a medida da sensibilidade dos portadores de Diabetes Mellitus; No primeiro mês foram examinados 156 usuário (100%), no segundo 388 usuários (100%) e no terceiro mês 549 (100%). Isto influi positivamente nas posteriores consultas e avaliações destes usuários.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Sempre realizávamos a revisão da periodicidade dos exames laboratoriais nas consultas. Nos três meses da intervenção atingimos indicadores máximos com: 92 (100%) usuários com solicitação de exames no primeiro mês, 175 (100%) no segundo mês e 305 (100%) no terceiro mês. Atingimos a meta devido a muitos estarem com solicitação dentro do período e para os demais realizamos o pedido da nova coleta. Temos que destacar que muitos usuários com estas doenças encontravam-se acamados ou com problemas de locomoção isto acarretou dificuldades a realização dos exames, mas seus familiares intercederam de forma a solucionar o problema e foram realizados.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Durante as avaliações, tentamos atualizar as prescrições de todos os usuários para os fármacos oferecidos pela Farmácia Popular. No primeiro mês atingimos 92 (59%) usuários, no segundo 175 (45,1%) e terceiro 305 (55,6%). Um obstáculo que possuímos é a farmácia popular, onde algumas medicações que constam na lista estão em falta. Não atingimos a meta de 100%, isso também se justifica porque muitos usuários fazem acompanhamento com especialista e já faz uso de medicação que não está na lista da farmácia popular. Continuaremos priorizando os medicamentos das farmácias populares, isto permite ou ajuda ao melhoramento da renda pessoal ou familiar porque a maioria deles tem prescrição de mais de um medicamento.

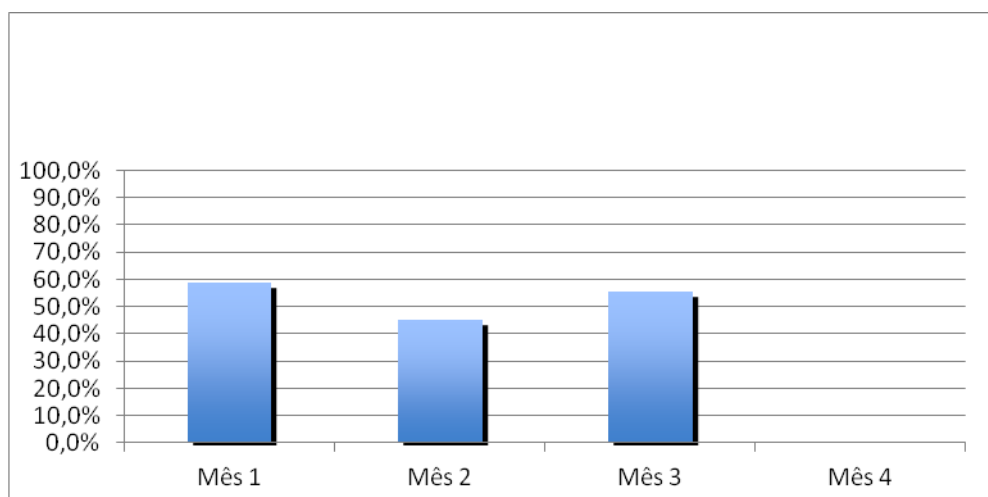


Figura 4- Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, ESF Piquiri, Cachoeira do Sul/RS, 2015.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Em relação à proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção, estima-se que são 8% (47) dos idosos da área de abrangência. No entanto, de acordo com o cadastramento do SIAB, na nossa área de abrangência temos 53 idosos acamados. Durante o período da intervenção foram cadastrados no primeiro mês 24 (45,3%) idosos, no segundo mês 40 (75,5%) idosos e no terceiro mês 53 idosos, correspondendo a 100% dos mesmos. Aumentamos gradativamente no cadastramento dos idosos acamados, devido à demanda trazida pelos ACS e equipe de acolhimento. No terceiro mês, os ACS na sua busca ativa encontraram mais seis idosos acamados, dessa forma o denominador foi ajustado, pois o número de acamados foi maior que o estimado.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A qualidade de vida dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, seus cuidadores e familiares, pode ser melhorada pela intervenção da equipe de saúde, mediante as visitas domiciliares; do total dos 53 pacientes com estas características, o 100% receberam visita domiciliar, no primeiro mês 24 (45,3%) idosos, no segundo mês 40 (75,5%) idosos e no terceiro mês 53 idosos. Isto nos permitiu conhecer as condições de moradia de cada um deles, fizemos recomendações, visando sempre na busca de soluções para seus problemas e uma maior efetividade no atendimento.



Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Com a finalidade de conhecer a morbidade oculta de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi rastreado 100% dos idosos participantes da intervenção (549 usuários), no primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos. Foram diagnosticados e captados vários usuários com esta doença, os quais não conheciam a existência da mesma, foram orientados quanto a: dieta, tratamento e cuidados que devem ter em conta a partir do diagnóstico.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (DM).

O envelhecimento é uma complexa condição de morbidades com ocorrência concomitante de doenças, medicamentos, incapacidades funcionais e aumento da letalidade; nesta intervenção foram incluídos 297 pacientes que apresentavam diagnóstico de HAS, destes foram rastreados para diabetes 257 hipertensos, representando 86,5% dos hipertensos rastreados, no primeiro mês 91 (35,4%) idosos, no segundo mês 156 (60,7%) idosos e no terceiro mês 257 (100%) idosos. Juntamente com os exames laboratoriais, já realizávamos a investigação para o diabetes mellitus, solicitando a glicemia de jejum; Foram diagnosticados e captados vários usuários com esta doença, os quais não conheciam a existência da mesma, foram orientados quanto a: dieta, tratamento e cuidados que devem ter em conta a partir do diagnóstico.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

As patologias da cavidade oral podem não ser detectadas ou não tratadas devido a barreiras como autopercepção e também devido haver uma diminuição da sensibilidade dos sintomas da cárie dentária com o envelhecimento. Em relação à avaliação das necessidades de atendimento odontológico, temos que assinalar que o trabalho da dentista só foi desenvolvido até a sexta semana, a dentista foi transferida para outra unidade de saúde, isto atrapalha o melhoramento da qualidade de vida dos usuários, só foram avaliados 197 usuários, o que representa 33,22%; ou seja as metas de avaliar o 100% não foram atingidas. No primeiro mês contamos com 156 (100%) idosos avaliados, nos meses seguintes contamos com

197 (50,8%) e 197 (35,9%). Em relação aos atendimentos dos usuários acamados foi feito mediante as visitas domiciliares da odontóloga. Temos que sinalar, que além das avaliações feitas pela odontóloga, a equipe avalio 9 usuários os quais foram encaminhadas a outras ESF que ficam muito longes de nossa unidade, pelo que 3 deles não foram por não contar com recursos econômicos para viajar. A falta da dentista atrapalhou os resultados da intervenção e atualmente dificulta a melhora da saúde da população em geral.

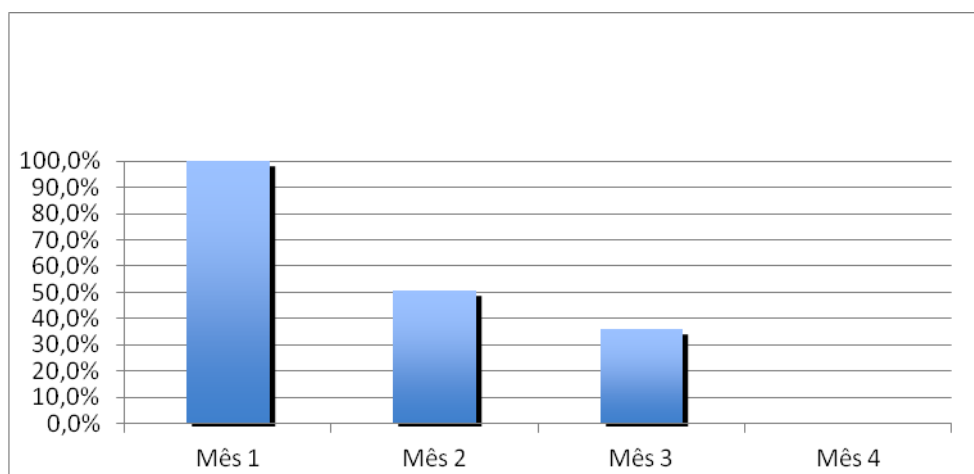


Figura 9- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Piquiri, Cachoeira do Sul/RS, 2015.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Durante as primeiras 6 semanas da intervenção e a depender da aceitação do idoso, este foi agendado e encaminhado para uma consulta inicial, só foram avaliados 197 usuários, o que representa 33,22% da meta planejada. A proporção de usuários avaliados que tiveram a primeira consulta odontológica foi de 156 (100%), 197 (50,8%) e 197 (35,9%). Este indicador foi avaliado de negativo, porque nossa meta foi realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos. Foram avaliadas as condições de saúde oral e aproveitava-se para orientar como realizar a higiene bucal e/ou implementar hábitos condizentes com seu estilo de vida.

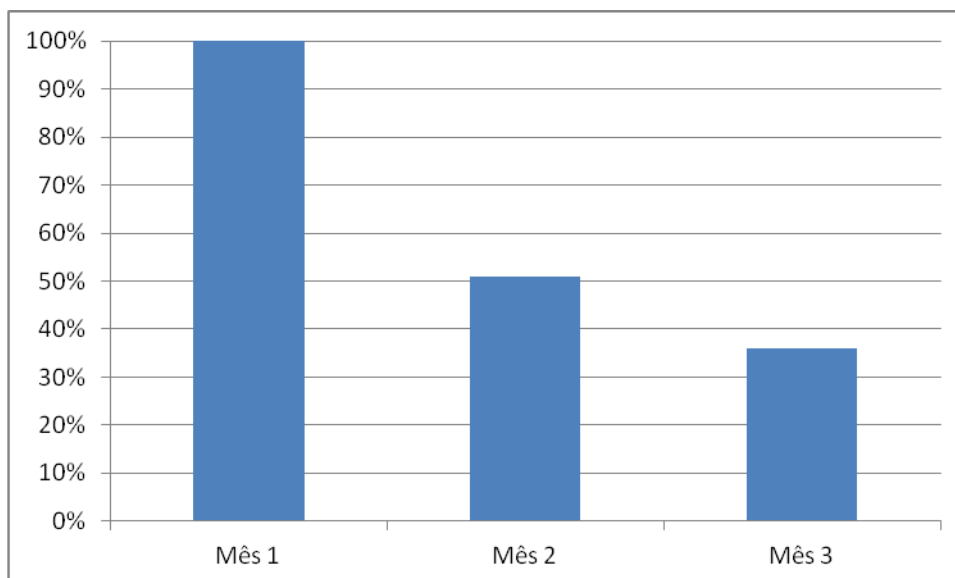


Figura 10- Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na ESF Piquiri, Cachoeira do Sul/RS, 2015.

Objetivo 3- Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

Em todos os meses tivemos idosos que faltaram as consultas e foi realizada busca ativa de 100% deles em cada mês de intervenção; No primeiro mês foram 64 (100%) idosos, no segundo mês foram 83 (100%) e no terceiro mês não tivemos faltosos a consultas. Atingimos a meta de 100% através do ótimo trabalho dos ACS.

Objetivo: 4- Melhorar o registro das informações

Metas 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações, 100% dos idosos cadastrados (593 usuários) foram incluídos semanalmente e tiveram seu registro na ficha espelho; No primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos. Isto será uma ferramenta para a continuidade do trabalho com esta faixa etária e no melhoramento da qualidade de vida dos mesmos.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

A distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi outro dos indicadores avaliados deficientes. No primeiro mês 80 (51,3) idosos apresentaram a Caderneta da Pessoa idosa preenchida; no segundo mês foram 157(40,5%) idosos

e no terceiro mês finalizamos com apenas 241(43,9%) deles com a caderneta preenchida. Isto atrapalha a qualidade dos acompanhamentos, esta deficiência se apresenta pela carência da Caderneta no município, a qual deve ser fornecida pelo Ministério de Saúde.

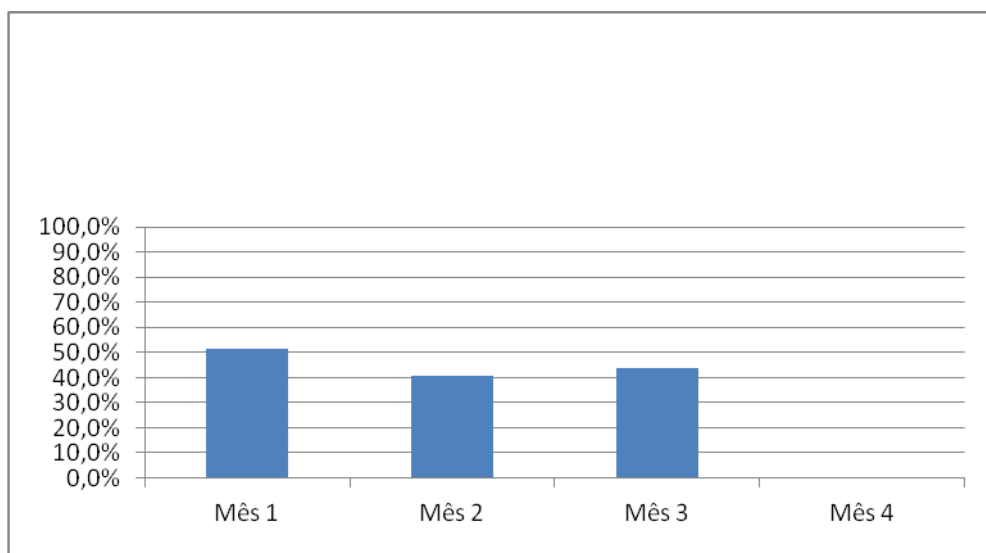


Figura 12- Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na ESF Piquiri, Cachoeira do Sul/RS, 2015.

#### Objetivo 5- Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Metas 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Buscando conhecer o perfil de risco para morbimortalidade da população alvo do estudo (549 pacientes), foram avaliados 100% dos mesmos; No primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos. A presença de doenças pode prejudicar a percepção de saúde e qualidade de vida dos idosos; entretanto estes indivíduos, mesmos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, sendo elas controladas, podem ser considerados saudáveis.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Nos três meses de intervenção, os 549 (100%) idosos foram avaliados para fragilização na velhice; No primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos. Buscou-se conhecer a

capacidade funcional, sendo útil para avaliar o estado de saúde dos mesmos, tendo em vista as repercussões do aumento de sua expectativa de vida e as novas repercussões sobre o cotidiano desses indivíduos.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

A organização formal e profissional da rede de suporte social ao idoso engloba uma série de serviços como os atendimentos domiciliários oferecidos pelas Estratégias de Saúde da Família, os programas da secretaria de saúde e os Programas de Acompanhantes de Idosos. O 100% dos idosos alvos da intervenção (549 pacientes) tiveram a avaliação de rede social em dia; No primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos. Esta avaliação é cada vez mais necessária, para uma atenção integral à pessoa idosa e deve ter à família como núcleo fundamental.

Objetivo 6- Promover a saúde dos idosos

Metas 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Meta 6.4: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

A promoção e pratica de hábitos alimentares saudável têm efeitos positivos em várias funções fisiológicas e constituem elementos fundamentais na melhora da saúde e qualidade de vida dos indivíduos, especialmente nos idosos. Em relação as metas para promover a saúde, 100% dos idosos cadastrados durante o período da intervenção (549 usuários), no primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos; Receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, foram realizadas palestras onde foram esclarecidas as maiorias das duvidas que eles apresentavam.

Com o aumento da idade, eleva-se a probabilidade de aparecimento de enfermidades, onde sua prevenção pode ser realizada pela prática regular de exercícios físicos, retardando ou atenuando o envelhecimento, atuando diretamente na promoção da saúde e na prevenção de agravos, tais como, distúrbios

osteomusculares, doenças cardiovasculares, obesidade, melhoras na capacidade respiratória, na reserva cardíaca, no tempo de reação, na força muscular, na memória recente, na cognição e nas habilidades sociais, entre outras. Nossa intervenção atingiu 100% da população alvo (549 usuários), no primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos; Receberam palestras sobre a importância da prática regular de atividade física, o que foram bem aceitas pela maioria deles.

Em relação aos cuidados com a saúde bucal, principal objetivo das orientações sobre este indicador é fomentar o desenvolvimento de ações educativas para a conscientização do idoso quanto à auto-percepção da condição de saúde bucal e necessidade de assistência odontológica, além de orientar quanto à adoção de práticas saudáveis para a manutenção da saúde bucal, condizentes com seu estilo de vida e saúde geral. Os 549 usuários cadastrados na intervenção (100%), no primeiro mês 156 (100%) idosos, no segundo mês 338 (100%) idosos e no terceiro mês 549 (100%) idosos; Receberam mediante palestras, orientações sobre os cuidados de saúde bucal, o que ajudara ao melhoramento de sua qualidade de vida.

Os principais problemas encontrados e encaminhamentos realizados foram:

- Dificuldades visais: Os usuários que apresentaram este tipo de dificuldade foram encaminhados para o oftalmologista;
- Não praticam atividade física: Foi criado junto com a equipe um grupo de saúde das pessoas idosas, com objetivo de melhorar a adesão dos mesmos a prática de atividade física e assim melhorar sua saúde;
- Alto índice de doenças do sistema Osteo-mio-articular: Os usuários que apresentaram estas doenças foram avaliados pela equipe e os que precisaram foram encaminhados para o ortopedista, e os que não precisaram da avaliação do especialista foram encaminhados para agendamento e acompanhamento pela equipe;
- Necessidade de atenção Odontológica: Atualmente não é oferecida na unidade e não tem previsão do mesmo, como foi argumentado na intervenção anteriormente.

## 4.2 Discussão

No século XX, principalmente após a década de 50, ocorreu uma mudança na pirâmide etária mundial. O processo de envelhecimento, que antes era restrito aos países desenvolvidos, está ocorrendo nos países em desenvolvimento e de modo mais rápido.

Este trabalho de intervenção, em nossa unidade básica de saúde, proporcionou uma ferramenta para a ampliação da cobertura e qualidade da atenção da saúde do idoso, melhorando assim os registros, além da realização da avaliação multidimensional rápida e exame clínico a todos os usuários alvos e exames laboratoriais aos que precisaram. Com isso, foram dados os primeiros passos para o melhoramento da qualidade de vida da população idosa adscrita à unidade e conhecer seu estado de saúde atual.

Uma das primeiras atividades da intervenção foi a capacitação da equipe de saúde. Para eles foi muito importante porque conheceram as recomendações do Ministério da Saúde relativas à Saúde da Pessoa Idosa; também conheceram as atividades a realizar e a rotina de trabalho; todas estas atividades contribuíram para a união da equipe e promoveu a integração do médico, da enfermeira, do técnico em enfermagem, dos agentes comunitários, dos motoristas e da odontóloga (temos que sinalar que esta última só trabalhou até a sexta semana , mais seu trabalho foi muito significativo).

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram feitas fundamentalmente na unidade de saúde, e só baseada no tratamento das doenças clínicas, sendo realizado pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem; com o início da intervenção o trabalho da equipe converteu-se em uma rotina e deixou a unidade para ser realizado nas comunidades, viabilizando atenção a um número cada dia maior de usuários. Cada integrante da equipe conhecia suas funções e o trabalho sempre foi desenvolvido de maneira integrada; os agentes comunitários conheciam as palestras a oferecer aos usuários, as quais tiveram grande aceitação e trataram fundamentalmente sobre: orientação nutricional, a importância da prática de exercícios físicos, envelhecimento saudável, alimentação saudável, a importância da consulta médica e odontológica e a importância de fazer o tratamento das doenças agudas e crônicas, além de outras atividades. O técnico de enfermagem fazia a verificação da pressão arterial dos usuários e o teste de HGT aos que

precisavam, além de fazer o acolhimento dos usuários; a enfermeira foi encarregada de fazer a avaliação de redes sociais, a avaliação para fragilização na velhice e a avaliação de risco para morbimortalidade; o médico foi o responsável da avaliação multidimensional, exame clínico, a prescrição do tratamento e dos exames laboratoriais aos usuários que precisavam e o preenchimento dos dados dos usuários na ficha espelho e no diário de intervenção. Um dos ACS foi o encarregado do preenchimento dos dados gerais; a equipe todo fazia as visitas domiciliares. Dependendo de seu estado de saúde, algum usuário precisou ser atendido na unidade e seu agendamento foi priorizado e feito na hora. Tudo isto contribuiu ao melhoramento do programa de Hiperdia, Pré-natal, Puericultura, além da otimização da agenda para garantir a atenção à demanda espontânea, mas ainda temos dificuldades com a realização do Papanicolau, a realização das Mamografias e temos que melhorar os outros registros dos diferentes programas, com o objetivo de garantir uma saúde com qualidade.

O objetivo da intervenção é Qualificar a atenção programática da saúde do idoso e como só abarcou as pessoas idosas, ainda é pouco percebido pela comunidade e gerou insatisfação na mesma; isto aconteceu porque não conheciam os objetivos da intervenção e porque os idosos foram priorizados. No entanto a população alvo se sentiu satisfeita, porque foi a primeira vez que seu atendimento foi priorizado. Com tudo, é necessário sinalizar que muitos idosos necessitam de avaliação e por isso continuaremos trabalhando, mesmo com o término da intervenção.

O grande desafio para a equipe de saúde está no diagnóstico e prevenção dos riscos para os usuários. Percebe-se, no contexto apresentado, a relevância de um olhar mais atento da sociedade para com sujeitos que se encontram na faixa etária a partir dos 60 anos de idade. Como a unidade não tinha médico fixo, nunca foi realizada a análise situacional, o que facilitaria a intervenção. A primeira atividade feita nas comunidades foi uma palestra onde participaram as pessoas alvos da intervenção. Explicamos tudo sobre o Projeto e sua importância para a população da área de abrangência sobre tudo para os idosos.

Em relação aos resultados esperados quando o mesmo fora concluído, faltou uma maior articulação com a comunidade e explicar tudo para os outros usuários que não se encontravam dentro da intervenção. Temos que sinalar que a equipe está integrada e fico entusiasmado com a implementação da intervenção na



rotina da unidade. E, além disso, ser ampliada a outros programas e assim participar na condução de uma melhor qualidade de vida das pessoas da área de abrangência.

Atualmente temos microáreas que não estão cobertas por agentes comunitários de saúde, isto está atrapalhando o trabalho, porque ainda não está feito o cadastramento, nem conhecemos os principais problemas de saúde que apresentam seus moradores. Mas conhecendo o território e com o cadastramento finalizado, implementaremos todos os programas nas mesmas, partindo deste projeto.



### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Ao longo das 12 semanas, realizou-se a intervenção na saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família Piquiri 06, Cachoeira do Sul/RS, com objetivo fundamental de qualificar a atenção programática da saúde. A ESF possui uma população adstrita de 5.000 usuários (o que está muito por acima do estipulado por o Ministério de Saúde do Brasil), sendo que 593 dessas pessoas são idosos e com a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 549 idosos, com alcance da meta estabelecida. Conforme discutido em reunião com a equipe, constatamos que este é um público predominante no nosso serviço e, no entanto, não existia um atendimento direcionado, organizado em seus registros e visando a prevenção e cuidados específicos a esta faixa etária. Para direcionar nossas ações utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde “Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa”, de 2006. Também foram utilizados indicadores como: Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, histórico de HAS e/ou DM e a solicitação de exames complementares aos pacientes que precisaram. Com o trabalho integrado da equipe realizamos a busca ativa dos idosos acamados ou com problemas de locomoção; foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico; conhecemos a quantidade de idosos que tinham Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, avaliação de risco para morbimortalidade, para fragilização na velhice, de rede social, de risco para a saúde bucal. Juntamente com isso, objetivamos por em prática as ações de prevenção e promoção a saúde preconizadas, e de fato, os idosos e suas famílias receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física e cuidados de saúde bucal.

Com a intervenção constatamos que a proporção de usuários diabéticos e/ou hipertensos é de 305 idosos, o que representa 51,43% do total dos idosos da área de abrangência; o 100% deles (305 idosos) estão com prescrição de medicamentos de farmácia popular; 53 usuários acamados ou com problemas de locomoção, representando 8,93% do total dos idosos da área de abrangência e 100% dos usuários acamados ou com problemas de locomoção da mesma; 197 usuários com atendimento odontológico até a semana 6 do curso de especialização, representando 33,22% da meta planejada (temos que sinalar que a odontóloga só participou da intervenção até a semana 6, pelo que este indicador foi avaliado de

negativo, mas o mais preocupante é que atualmente nossa USF não oferece este serviço, pelo que os usuários devem viajar 30 km para serem atendidos em outras unidades e muitos deles não contam com recursos econômicos para sustentar o viagem ou não conseguem fichas de atendimentos, então não recebem este tipo de atenção); 100 % dos usuários realizaram avaliação de risco para morbimortalidade e avaliação da fragilização na velhice, 100 % dos usuários com avaliação de rede social, 100% dos usuários receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, 100 % dos usuários possuem orientações de prática de atividade física e 100% dos usuários com orientações de cuidados de saúde bucal.

Com as ações da intervenção, os usuários idosos foram avaliados quanto a sua saúde integral; houve capacitação da equipe sobre a saúde do idoso, palestra para os idosos sobre diferentes temas, vínculo entre equipe/idosos/comunidade/gestão, trocas de conhecimento e idéias sobre melhorias do processo de trabalho e ambiente de trabalho e melhora da qualidade de vida das pessoas idosas adstrita na ESF.

Sendo assim, é de grande importância que este trabalho tenha continuidade pela equipe, após o Programa mais Médicos, para que haja qualidade de vida do idoso. São necessárias algumas melhorias para que haja um trabalho mais integral a saúde da população idosa, como a reposição e fornecimento de equipamentos e suprimentos, término da remodelação da Unidade de Saúde, recursos humanos, barreiras físicas, adesivos antiderrapantes, iluminação adequada; solicitações já feitas gestão municipal no período de 2014.

É visto que o assunto é abrangente e a intervenção muito importante, por este motivo sugerimos a capacitação de todas as unidades de saúde sobre o tema e se possível, realizar a intervenção, para que a área gerontológica seja vista de maneira integral na cidade de Cachoeira do Sul-RS.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados usuários da ESF Piquiri 06,

Durante o período de 12 semanas, realizamos algumas mudanças nos atendimentos, que chamamos de intervenção na atenção a saúde do idoso, com o objetivo fundamental de qualificar o atendimento aos usuários da nossa ESF e o serviço à comunidade do município.

Ao longo da intervenção, realizamos o cadastramento dos usuários idosos, aumentando assim o número de pessoas atendidas. Organizamos as consultas clínicas, realizando o diagnóstico precoce de patologias frequentes nesta faixa etária, como depressão, hipertensão e diabetes, Alzheimer, entre outros. Através do trabalho conjunto com os colegas, conseguimos facilitar o acesso e o agendamento das visitas domiciliares, conhecendo os idosos que encontram-se acamados ou com problemas de locomoção. Também foram realizadas avaliações quanto à necessidade de atendimento odontológico e receberam orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis, prática de atividade física e cuidados de saúde bucal.

Esta ESF é responsável por garantir a saúde de 5.000 usuários, os quais estão distribuídos em varias comunidades, deles 593 são pessoas acima dos 60 anos de idade e desse total, 549 foram cadastrados e participaram na intervenção. O objetivo desta intervenção é qualificar a atenção programática da saúde do idoso assistido pela Estratégia de Saúde da Família, ou seja" elevar a qualidade dos atendimentos desta faixa etária e assim aumentar a qualidade de vida dos mesmos". Durante estas 12 semanas forem visitadas todas as comunidades, avaliados os usuários que acudirem aos atendimentos e visitados aqueles a apresentam problemas de locomoção ou estão acamados, além de outras pessoas que por outros motivos solicitarem ser visitados em seus domicílios. A equipe de saúde conheceu as condições de moradia de muitos usuários e a rotina das comunidades, influenciando positivamente nos resultados da intervenção.

A intervenção trouxe muitas melhorias para a comunidade idosa, pois permitiu uma completa avaliação da sua saúde, e a organização de atividades como palestras para os idosos sobre diferentes temas; fortaleceu o vínculo entre equipe/idosos/comunidade/gestão, ouve trocas de conhecimento e idéias sobre melhorias do processo de trabalho e ambiente de trabalho e melhora da qualidade de vida das pessoas idosas adstrita na ESF.

A intervenção proporcionou uma ferramenta para a ampliação da cobertura e qualidade da atenção da saúde do idoso. Estes foram os primeiros passos para o melhoramento da qualidade de saúde do município. Esperamos que esta intervenção possa continuar e o que nos motiva para prosseguir é essa perspectiva de proporcionar a cada dia uma melhor qualidade de vida a nossa população.

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Minha opinião do curso é que foi todo muito bom, durante o desenvolvimento do mesmo e a realização das tarefas, pois minha prática profissional continuou melhorando assim como meus conhecimentos. Acredito que a programação do curso, assim como os conteúdos escolhidos pelo departamento metodológico estão de acordo com o nível técnico-profissional dos especializando, além de ajudar no melhora da qualidade da atenção aos usuários do SUS de nossas áreas de abrangência e sua qualidade de vida.

Ao início do curso, minhas expectativas foram bem altas e para meu próprio conforto tenho a certeza que todas forem cumpridas. As atividades desempenhadas promoverem o trabalho integrado da equipe, elevando o nível de humanismo e qualidade dos atendimentos, ficando as linhas gerais das atribuições de cada integrante da equipe, além de lograr maior adesão dos pacientes nas consultas e recomendações.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 36 p.- (Série A.Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso.- Brasília, 2010. 44 p.: il.- (Séria B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pacto pela Saúde 2006, v.12).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 24 p.- (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doenças crônicas/ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 35).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus/ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- 2.ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.: il.



## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

## Anexo C-Ficha espelho

[illegible][illegible]

## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Alberto Luis Ochoa Gamboa, Médico com RMS 4300206 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

## Anexo E – Fotos da ESF Piriqui

Fotos com os pacientes







Foto com a equipe

